

|  |
| --- |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  **ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ**  **ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ**    **ΓΙΑΝΝΟΥΛΗ:** |
| **Αριθ. Πρωτ………………**  **ΔΙΕΥ/ΝΣΗ: ΠΑΠΑΓΟΥ 49, Τ.Κ.41500 ΠΡΟΣ: ΤΟ Κ.Κ.Π.Π.ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  **ΓΙΑΝΝΟΥΛΗ ΛΑΡΙΣΑΣ**  **ΤΗΛ. ΕΠΙΚ. 2413503931 &**  **6932399505 (κ. Κολοβού Αγάπη)**  **Email: kolovouagapi9@gmail.com**  **ΑΙΤΗΣΗ** |

Του/της..…………………………………………………………………………………..Γονέας/Κηδεμόνας του/του………….……………………………………………………………………………………………………με Νόσημα:………………………………………………………………………………παρακαλώ όπως κάνετε δεκτό το αίτημα μου για παροχή φιλοξενίας του παιδιού μου στο Παράρτημα ΑμεΑ Λάρισας για ……………………….ώρες.

**Επιλέξτε το ωράριο: ⃝ Πρωί ⃝ Απόγευμα**

**Ώρες φιλοξενίας: Από………………….έως………………………….**

**Ο/Η**

**ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ**